

**SOURCE DE L'AIGUILLAGE – REQUIS – EN LETTRES MOULÉES S.V.P.**

Spécialité du professionnel de la santé (choisir une réponse)

Médecin  Infirmière  Dentiste  Pharmacien  Inhalothérapeute  Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

Coordonnées du fournisseur de soins de santé traitant  
(ou incluez le timbre contenant l'information équivalente, transmissible par télécopieur)

PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE TÉLÉCOPIEUR

Timbre du bureau

**COORDONNÉES – PATIENT/CLIENT – REQUIS – EN LETTRES MOULÉES S.V.P.**

PRÉNOM ou NOM PRÉFÉRÉ \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

ADRESSE MUNICIPALE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Ontario \_\_\_\_\_  
PROVINCE CODE POSTAL DATE DE NAISSANCE (mm/aaaa)

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE  
 Domicile  Cellulaire  Bureau

Langue préférée pour le service  
 Anglais  Français  
 Interprète requis (spécifiez la langue) \_\_\_\_\_

Sexe  
 Homme  Femme  
 Je m'identifie comme \_\_\_\_\_

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (facultatif) \_\_\_\_\_

**ON TÉLÉPHONE GÉNÉRALEMENT AU CLIENT DANS LES 3 JOURS OUVRABLES APRÈS AVOIR REÇU L'AIGUILLAGE. QUAND DEVRIONS-NOUS TÉLÉPHONER?**

Veuillez me téléphoner  le matin  l'après-midi  le soir  n'importe quand

Peut-on laisser un message nous identifiant comme Moi J'écrase ou Téléassistance pour fumeurs?  Oui  Non

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

La personne aiguillée comprend que ce formulaire sera soumis au partenaire de Moi J'écrase Téléassistance pour fumeurs afin qu'un partenaire de Moi J'écrase puisse communiquer avec la personne aiguillée concernant sa tentative pour cesser de fumer. La personne aiguillée comprend que ses renseignements personnels seront conservés de manière à en garantir la sécurité et la confidentialité et ne seront utilisés que pour l'administration et l'évaluation du programme Moi J'écrase.

SIGNATURE (de la personne aiguillée ou de la personne qui a obtenu le consentement verbal) \_\_\_\_\_ DATE (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_